

Fieber beim betagten Patienten

Anhand von Fallbeispielen und Erfahrungsberichten aus der Praxis gestalteten die beiden Moderatoren Martin Conzelmann, Basel, und Werner Ringli, Nidau, ein lehrreiches Seminar.

Cornelia Schürer-Maly

Werner Ringli begann seine Ausführungen mit der Situation, in der noch gar kein Fieber aufgetreten ist, indem er zunächst auf die Prävention von Fieber beim betagten Patienten einging. Neben den Allgemeinmassnahmen wie warmer Kleidung und Vermeidung von Durchzug wies der Referent besonders auf die Rolle von Impfungen hin. Nicht nur die Grippeimpfung ist für Betagte besonders wichtig, sondern häufig sollte auch eine Immunisierung gegen Pneumokokken erwogen werden.

Bei der Abklärung febriler Zustände bei betagten Patienten kommt es auf eine gründliche Anamnese und klinische Untersuchung an. Für die Art und Dringlichkeit des weiteren Vorgehens spielen folgende Faktoren eine Rolle:

- Gibt es eine wahrscheinliche Ursache für das Fieber?
- Liegen Risikofaktoren vor?
- Bestehen noch andere Krankheitszeichen?
- Wie lange besteht das Fieber schon?
- Wie krank wirkt der Patient?

Bestehende Begleiterkrankungen wie ein Diabetes mellitus, kardiale Probleme oder Asthma erfordern eine aggressivere Abklärung und Therapie.

Die Behandlung betagter Patienten erfordert meist die Berücksichtigung ihres Umfeldes, das heisst Absprachen mit Angehörigen und Pflegepersonal, sowie eine Beachtung der Betreuungsmöglichkeiten. Zur symptomatischen Allgemeinthherapie empfahl Werner Ringli:

- angepasste Flüssigkeitszufuhr (cave zerebrale oder kardiale Dekompensation)
- körperliche Schonung
- Wadenwickel (nicht eiskalt)
- leichte Bekleidung und Decken
- Paracetamol oder Ibuprofen

Ein Alarmzeichen

Martin Conzelmann betonte in seinen Ausführungen zunächst, dass bei betagten Patienten Fieber immer ein Alarmzeichen bedeutet. Bei über 80jährigen ist hohes Fieber häufig lebensbedrohlich. Liegt die Ursache des Temperaturanstieges nicht auf der Hand, kommen zahlreiche Differentialdiagnosen in Frage (Tab. 1). In den meisten Fällen liegt ein Infekt vor, aber seine Lokalisierung erweist sich oft als schwierig. Erschwert wird die Diagnose häufig durch verschiedenen Besonderheiten bei betagten Patienten:

- atypische Klinik
- reduzierter Allgemeinzustand
- verminderte Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme
- Stürze
- Urininkontinenz
- Verwirrheitszustand
- fehlendes Fieber

Tabelle 1: Differentialdiagnose des Fiebers bei Betagten

- Infektionen
 - Pneumonie
 - Harnwegsinfekt
 - Haut- und Weichteilinfekt (z.B. Dekubitus)
 - Abdominaler Infekt
 - Tuberkulose
- Rheumatische Erkrankungen
 - Arteriitis temporalis
 - Polymyalgia rheumatica
- Malignome (Karzinome, Lymphome)

Als Methoden zur Fiebermessung empfahl Conzelmann rektale Messungen oder solche im Gehörgang. Wichtig sind auch wiederholte Messungen. Da die individuelle Körpertemperatur gerade bei Betagten sehr unterschiedlich ausfallen kann, erweist es sich als günstig, generell die Temperatur ein- bis zweimal im Monat zu bestimmen, auch wenn gar keine Krankheitssymptome vorliegen.

Hohes Fieber bedeutet bei betagten Patienten meistens einen Infekt. Am häufigsten handelt es sich um Harnwegsinfekte (Tab. 2) und Pneumonien (Tab. 3). Aber auch andere

Tabelle 2: Harnwegsinfekte: Befunde beim Betagten

- Häufig asymptomatische Bakteriurie
 - 30% bei institutionalisierten Patienten
 - 90% gleichzeitig Pyurie
- Allgemeinsymptome weisen auf den Harnwegsinfekt hin
- Dysurie und Pollakisurie stehen im Hintergrund

Tabelle 3:

Pneumonie im Alter – untypische klinische Befunde

- Fieber und Husten fehlen häufig
- Allgemeinsymptome (Bewusstsein, Dehydratation, Inkontinenz, Delir) stehen oft im Vordergrund
- Keine Assoziation zwischen Erreger und Klinik
- Leukozytose häufig fehlend, CRP aussagekräftiger

Ursachen sind bei der Differentialdiagnose von Anfang an mitzubedenken (Tab. 1). Aus verschiedenen Gründen kann Fieber aber auch gänzlich fehlen:

- Gestörte Thermoregulation
 - gestörte Temperatur-Perzeption
 - gestörte ZNS-Regulation
- Gestörte Antwort auf endogene Pyrogene
 - Interleukin-1, Tumor necrosis factor
 - hypothalamische Dysregulation
- Verlust von Körperwärme
 - bei gestörter Vasomotorik
 - bei tieferer Basaltemperatur

Weniger häufig – genauso wichtig

Dass man auch seltene Ursachen für einen Temperaturanstieg bei der Differentialdiagnose des Fiebers beim Betagten nicht ausser acht lassen darf, illustrierte Martin Conzelmann an zwei Fallbeispielen:

Fall 1:

Ein 90jähriger Patient wird als Pflegefall wegen Diabetes, Kachexie, Hypotonie und rezidivierenden Stürzen zur stationären Behandlung eingewiesen. Die genauere Anamnese ergibt noch einen Alkoholabusus. Der Status ist unauffällig, die Temperatur beträgt 36,8 °C. Bei den Laborwerten finden sich ein erniedrigtes Albumin und leicht erhöhte Transaminasen sowie im Urinstatus hyaline Zylinder und Erythrozyten. Das Blutbild ist normal. Das Röntgenbild offenbart schliesslich die Diagnose – es zeigt eine Tuberkulose.

Fall 2:

Ein 75jähriger Patient mit einem bekannten Morbus Alzheimer wird wegen Somnolenz und Verwirrtheit ins Spital eingewiesen. Als Medikation erhält er, unter anderem, Risperdal. Bei der körperlichen Untersuchung finden sich ein Rigor und Schulterschmerzen. Die Röntgen-Thorax- und Ultraschalluntersuchung sind normal, ebenso die Laborwerte – bis auf ein CRP von 100 mg/dl und eine massiv erhöhte CPK von 1800 U/l. Hierdurch ergibt sich die Diagnose eines malignen Neuroleptika-Syndroms. Seine Ursache besteht in einer autonomen, extrapyramidalen Dysfunktion, bei der die Dopamin/Acetylcholin-Balance gestört ist. Gerade bei älteren Patienten, die häufig mit Neuroleptika behandelt werden, sollte man bei Fieber auch immer an diese mögliche Ursache denken.